Tumeurs urothéliales: point de vue du pathologiste

DR S.BENSACI (1) , K. BENABADDOU (1), M.MEZHOUD(1), D.ABDELLOUCHE(2), R.SAYOUD (3), T.DJELOUAT(3), A.DAHDOUH(3), H.ACHOUR (1).

(1)Service d'anatomie et de cytologie pathologiques EHS DAKSI -Constantine
(2) Service d'anatomie et de cytologie pathologiques CHU Sétif
(3) Service d'urologie et transplantation rénale EHS DAKSI Constantine

I -EPIDEMIOLOGIE

- **Le cancer de la vessie fait partie des kc fréquents.**

- **2ème cancer urologique après celui de la prostate.**
- **dans le monde : - Son incidence est de 3,3%**
  - sa mortalité est de 2,2 % de décès annuels par cancer

- **L'incidence la plus élevée est observée en Europe, aux USA et Afrique du nord (+ de 50% dans les pays développés).**

I - EPIDEMIOLOGIE

- **La mortalité par cancer de vessie est 5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes**

- **Dans les pays occidentaux le carcinome urothélial représente plus de 90 % des cancers de vessie.**

- **la fréquence des carcinomes épidermoides est plus élevée au Moyen Orient et en Egypte où il existe une endémie de schistosoma haematobium**

I I- PARTICULARITÉS ANATOMO-CLINIQUES

- **Les tumeurs de vessie sont majoritairement de nature épithéliale et correspondent essentiellement aux tumeurs urothéliales: plus de 90% des tumeurs vésicales .**

- **Elles sont définies selon leur stade, leur grade et leur type histologique.**

- **Elles procèdent d'une maladie urothéliale , diffuse révélée souvent par une hématurie macro ou microscopique, ayant tendance à récidiver et à progresser.**

I I- PARTICULARITÉS ANATOMO-CLINIQUES

- **Les tumeurs dérivées de l'épithélium des voies urinaires sont décrites sous diverses appellations :**
  - **tumeurs urothéliales,**
  - **excréto-urinaires, paramalpighiennes,**
  - **tumeurs à cellules transitionnelles**

I I- PARTICULARITÉS ANATOMO-CLINIQUES

- **3 modes anatomo-cliniques:**

➢ **TM d'aspect *macroscopiquement papillaire*(infiltrant ou non le chorion): 65 à 70% des cas, uniques ou multiples s'exprimant par leur tendance à récidiver et à progresser**

➢ ***Carcinome invasif* d'emblée: 30% des cas, succèdent souvent à des lésions planes de CIS , passées inaperçues**

➢ ***CIS isolé*: dans moins de 5%, de Dg pas toujours aisé en cystoscopie**

I I- PARTICULARITÉS ANATOMO-CLINIQUES

- ***Le classement*** **des tumeurs urothéliales s'avère difficile (nombre important de réunion de consensus internationales)**
- **Le grade actuellement recommandé est le grade OMS 2004**

- ***Le stade histologique*** **est bien défini pour les pathologistes:**

➢ ***Tumeur non invasive*****: TM pTa ne dépassant pas la membrane basale**

➢ ***Tumeurs invasives :*** **TM pT1 infiltrant le chorion et TM pT2 infiltrant le muscle**

I I- PARTICULARITÉS ANATOMO-CLINIQUES

Pour les urologues:

- *tumeur superficielle:* **pTa, pT1 et le CIS**

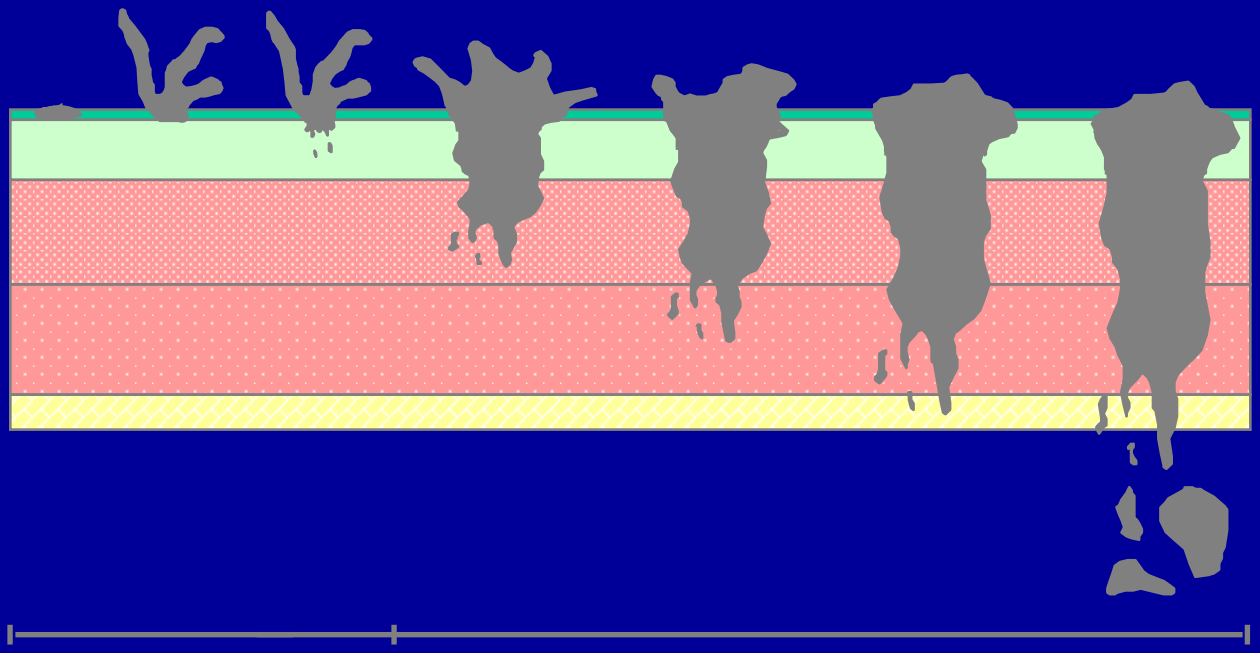
- *tumeur infiltrante* **ou tumeur infiltrant le muscle est un terme clinique qui regroupe les TM envahissant et dépassant le muscle**

Stade pTNM

Tumeurs
Non infiltrantes

Tumeurs invasives

pT*is* pTa pT1 pT2a pT2b pT3 pT4



Tumeurs superficielles

Tumeurs infiltrantes

III -Classification des tumeurs urothéliales

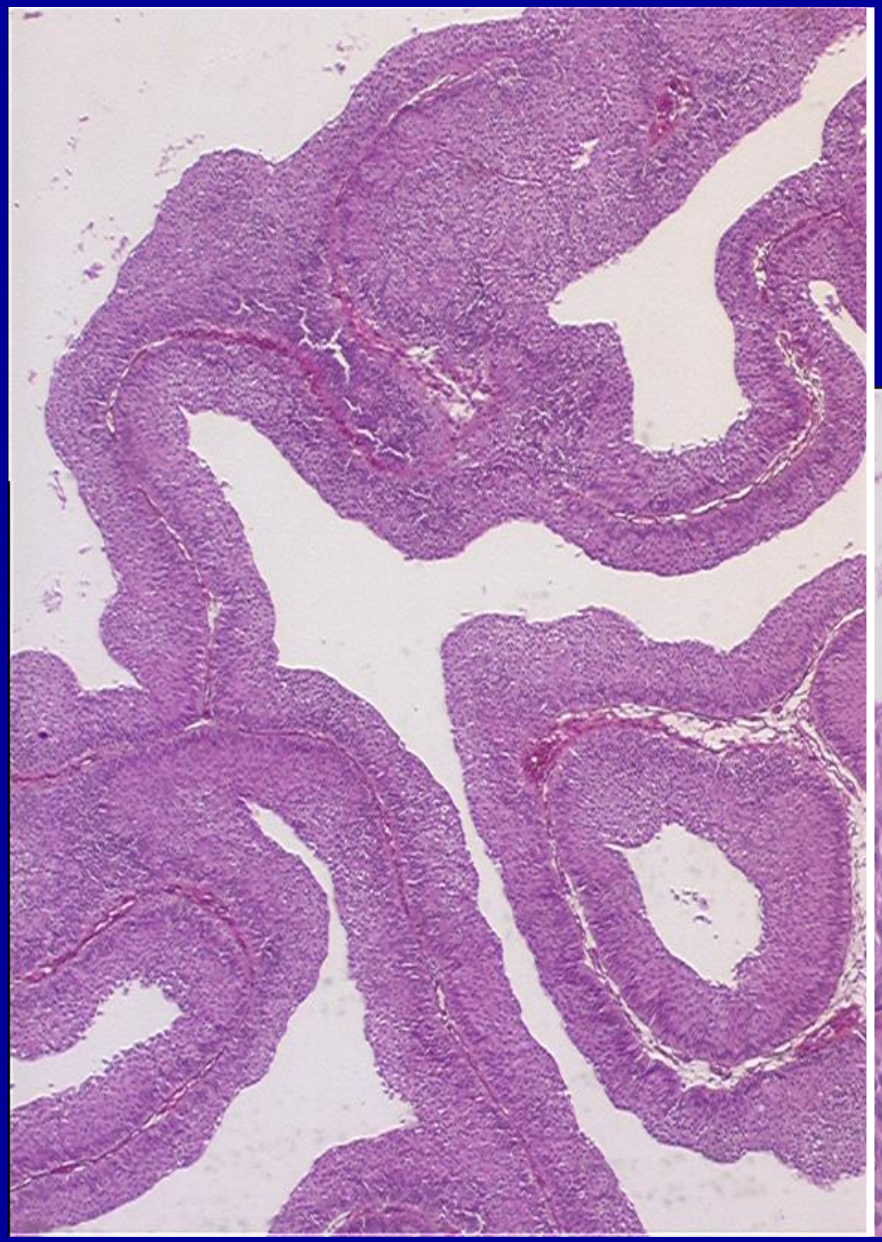
OMS ١٩٧٣	Consensus ١٩٩٨ /٢٠٠٤	OMS ١٩٩٩
papillome	papillome	papillome
Carcinome G١	Tumeur papillaire faible potentiel de malignité	Tumeur papillaire faible potentiel de malignité
Carcinome G٢	Carcinome papillaire de bas grade	Carcinome Papillaire G١ Carcinome papillaire G٢
Carcinome G٣	Carcinome papillaire de haut grade	Carcinome papillaire G٣

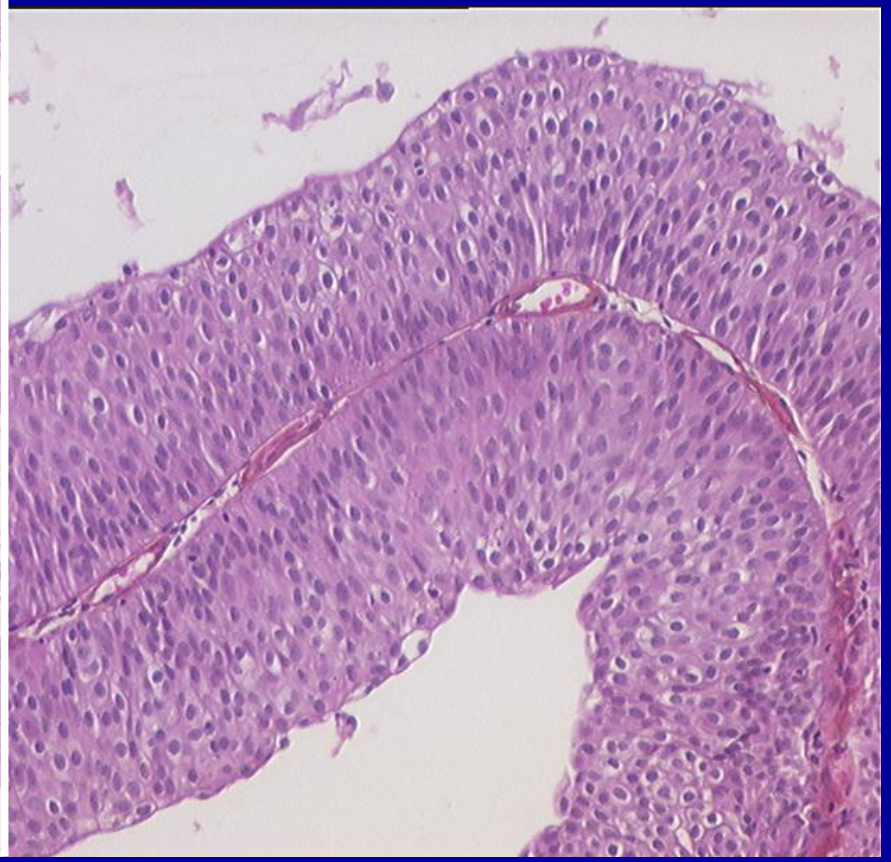
V- Grading des tumeurs urothéliales: classification OMS 2004, mode d'emploi

1° Tumeurs papillaires non invasives pTa:

- ***Le papillome**: doit être réservé à une lésion d'architecture papillaire présentant peu d'atypies.*
- ✓ *lésion de petite taille (≤2cm)*
- ✓ *Solitaire, à franges fines*
- ✓ *urothélium normal*
- ✓ *Adulte jeune (< 50 ans)*
- ✓ *Évolution très favorable, sans récidive.*

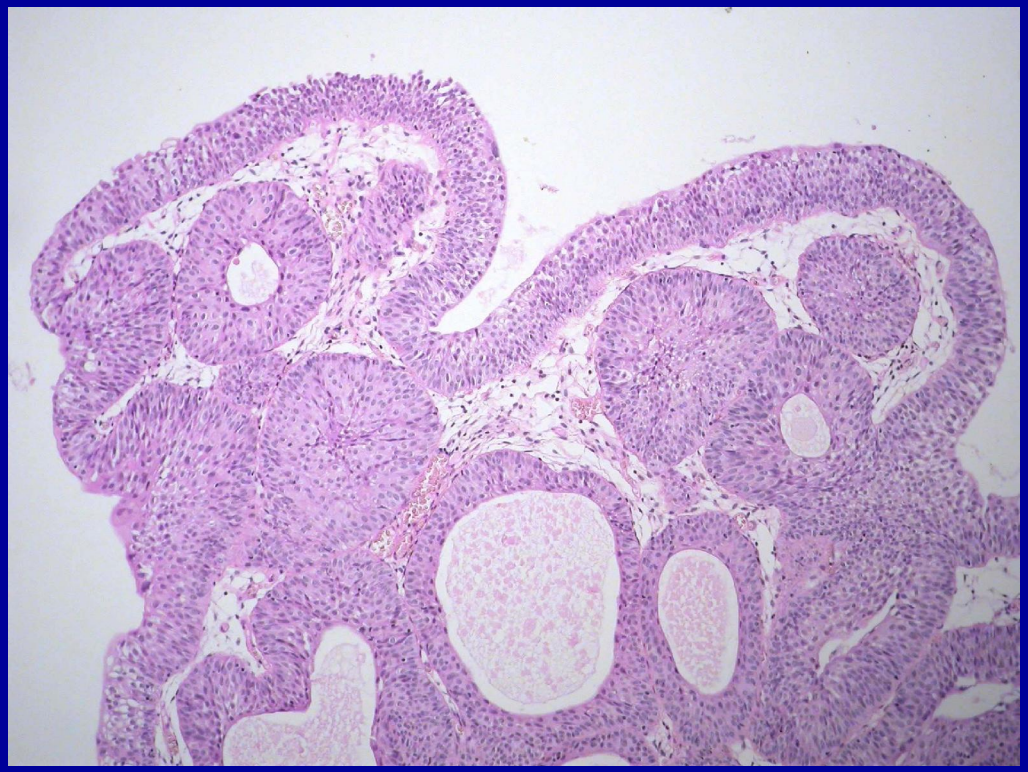
Papillome



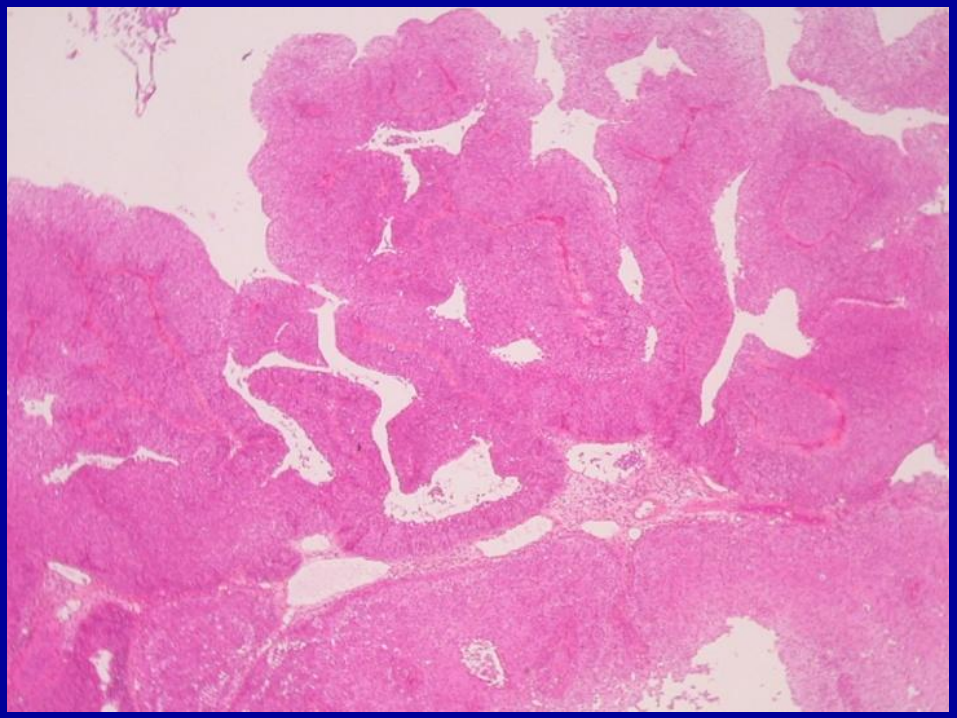


➢ *Le papillome inversé*

- **Sujet plus âgé**
- **Lésion saillante, pédiculée < 3cm**
- **Lésion endophytique, pseudo-infiltrative**
- **Urothélium normal avec peu d'atypies et de rares mitoses**
- **Évolution favorable, sans récidive ni progression**



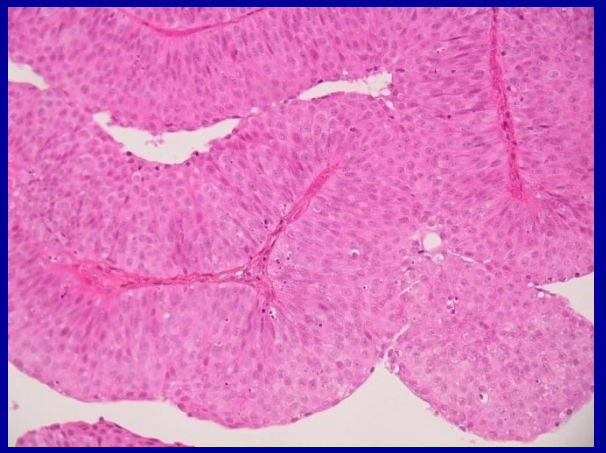
➢ *Tumeur urothéliale de faible potentiel de malignité*

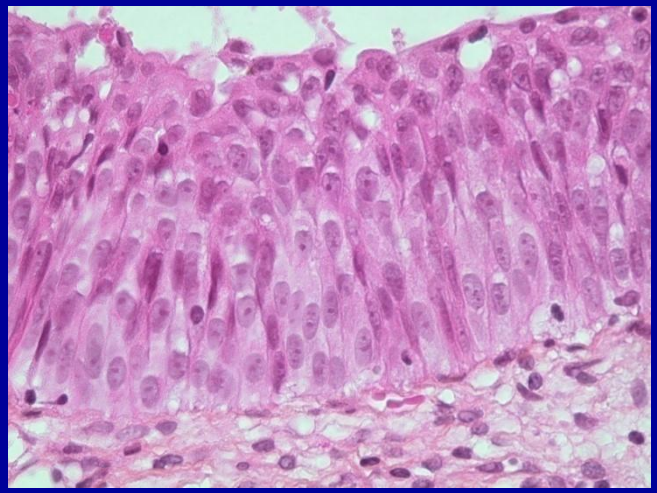


- **Lésion papillaire exophytique**
- **elle correspond au carcinome G1 (OMS 73)**
- **Taux de récidive plus faible que les carcinomes papillaires de bas grade (20 à30%) et très faible taux de progression (< 5%)**

Tumeur urothéliale papillaire de faible potentiel de malignité

- **L'architecture et la polarité cellulaire sont régulières.**
- **Urothélium peu épaissi, sans atypies et très peu de mitoses, essentiellement basales**





➢ *Carcinome papillaire non infiltrant de bas grade*

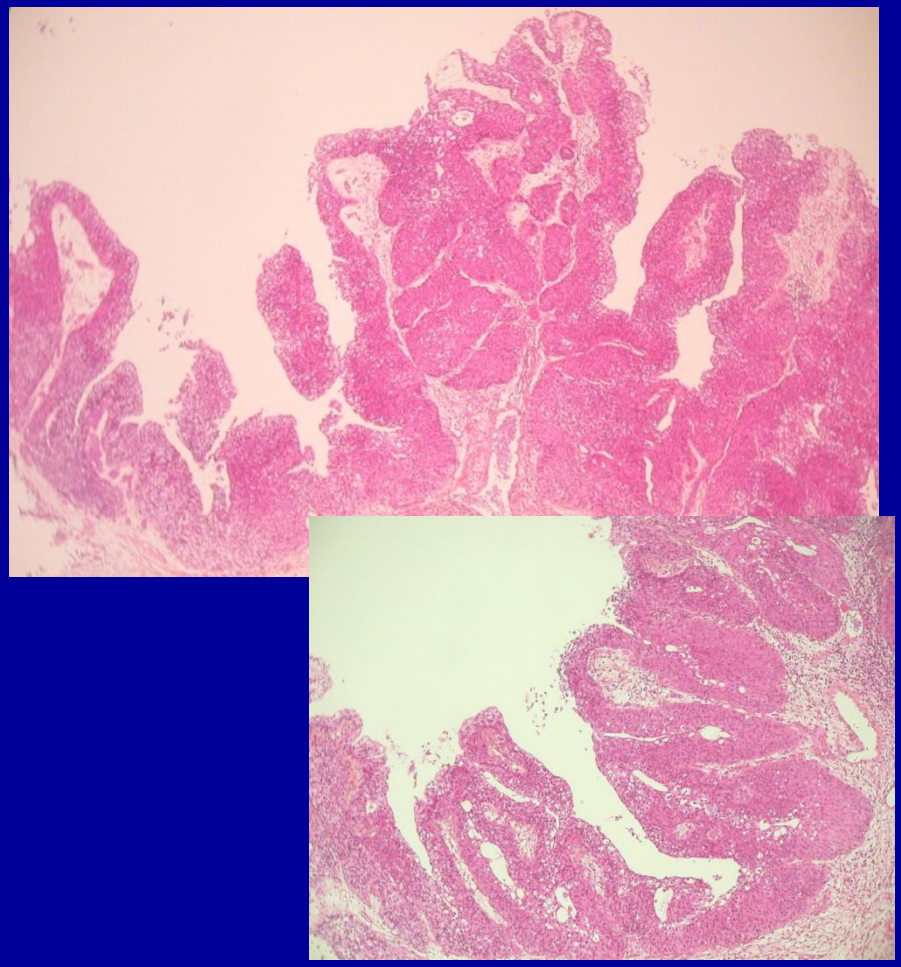
- **TM exophytique**
- **Ce groupe correspond aux carcinomes G1 avec atypies et les G2 de bas grade**
- **Taux de récidive élevé: 60%**
- **Faible taux de progression: 15%**
- **Leur prise en charge dépendra de :**

✓ **la taille**

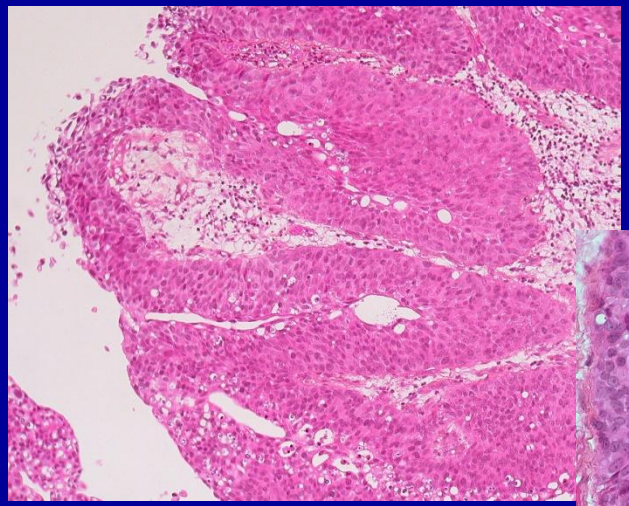
✓ **Leur caractère unique ou multiple**

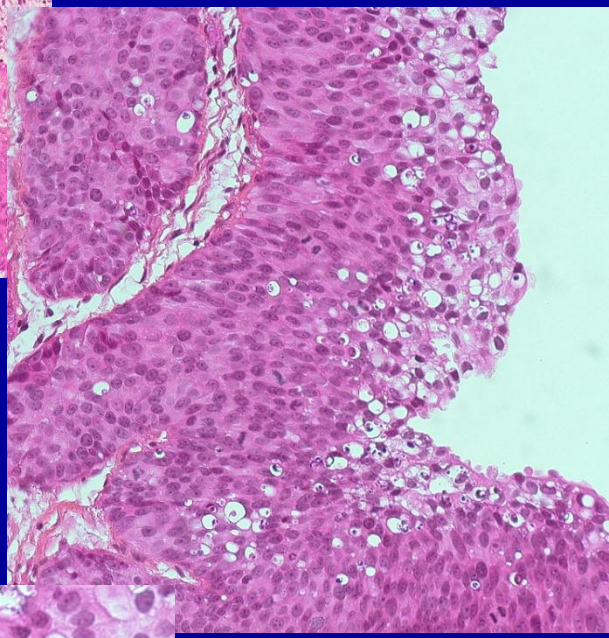
✓ **La notion de récidive**

Carcinome papillaire de bas grade stade pTa

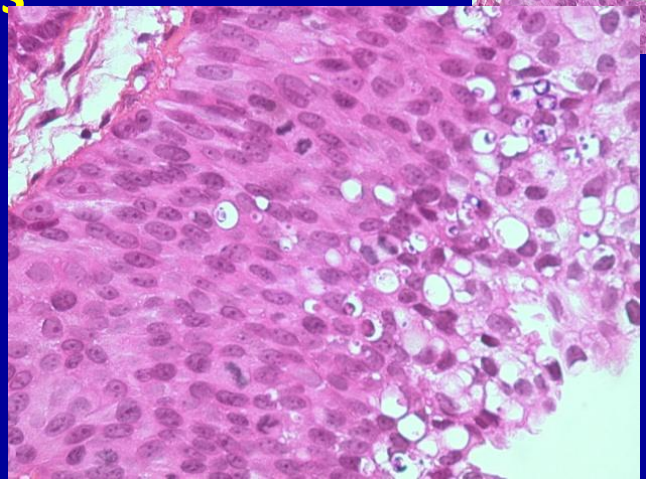


➢*Carcinome papillaire non infiltrant de bas grade*

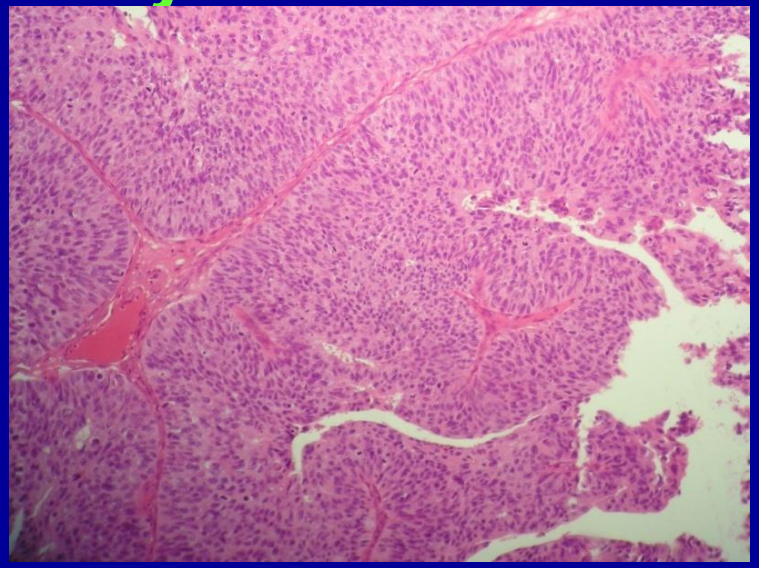




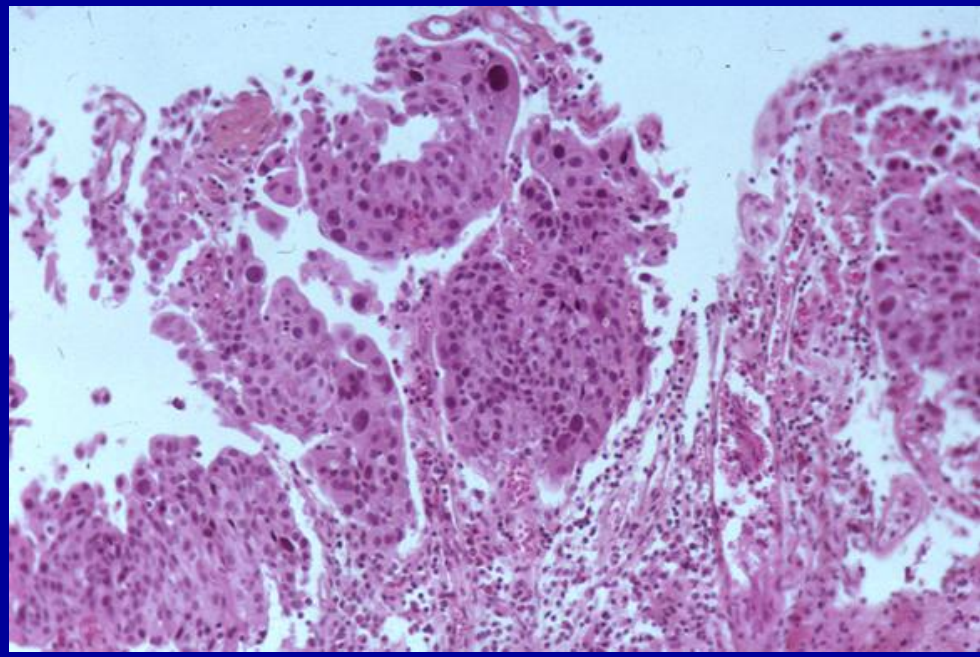
- **Discrète désorganisation architecturale**
- **Papilles de taille variable pouvant fusionner**
- **Peu d'anomalies cytologiques**
- **Des mitoses peuvent être observées à tous les niveaux**



➢*Carcinome papillaire non infiltrant de haut grade*



- **TM papillaire exophytique et/ ou endophytique**
- **Souvent associées à des lésions planes de CIS**
- **Papilles d'épaisseur variable souvent coalescentes**
- **Désorganisation architecturale et atypies cytonucléaires marquées**



➢ *Carcinome papillaire non infiltrant de haut grade*

- **Ce groupe correspond aux G2 de haut grade (G2b) et aux G3 (OMS73)**
- **Taux de récidive élevé (60 à 85%)**
- **Risque élevé de progression vers une tumeur infiltrante (20 à 35%)**

2° Les pièges du grade

- **Le grading se fait sur le secteur de grade le plus élevé**
- **Si ce secteur est minoritaire on le signale dans le CR**
- **La présence de plusieurs foyers de HG fait porter le Dg de carcinome de HG**
- **Le grade se détermine sur l'analyse de la régularité architecturales et cytologiques**
- **Apprécier la différence entre une TFPM et un carcinome de BG est parfois délicat**

2° Les pièges du grade

- **Il est parfois difficile de trancher entre un carcinome de BG et un carcinome de HG**

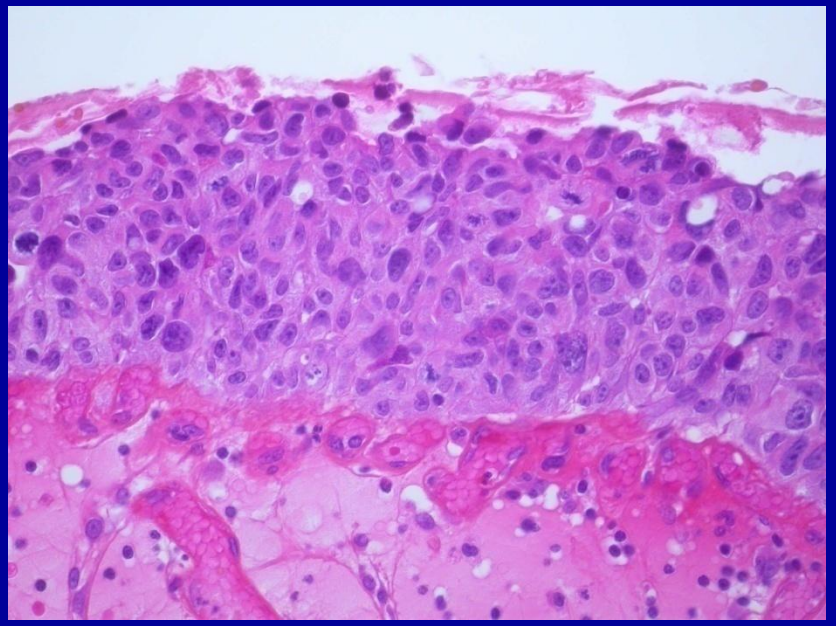
- **la présence d' anomalies C-N Isolées n'est pas suffisante en l'absence d'anomalies architecturales**

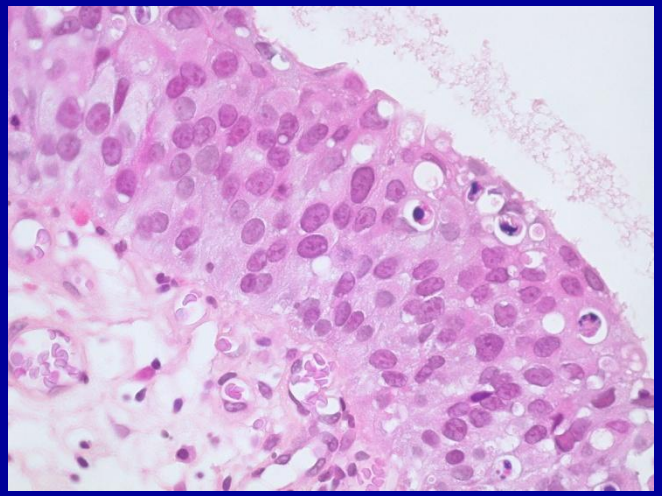
3° Papillomatose vésicale

- **Ce terme s'applique à des *tumeurs pTa(et/ou pT1a*) *multiples*, occupant toute ou une partie de la muqueuse vésicale**
- **Ces tumeurs sont *récidivantes***
- **Elles restent le plus souvent de *BG* et de stade *pTa***

4° Carcinome in situ (néoplasie intra urothéliale de haut grade

- **Le CIS est une lésion plane de HG**
- **C'est un facteur de mauvais pronostic**
- **Désorganisation architecturales majeures avec atypies C-N marquées**





VI- Stadification pTNM

- **Le stade pTNM est l'élément capital de la prise en charge du patient.**

- ***Une bonne évaluation du stade nécessite de disposer d'un prélèvement représentatif de la tumeur*:**

  - sur pièce de cystectomie: pas de difficultés.

  - sur un matériel de résection , son évaluation est soumise à certaines conditions:

  - **Matériel *ni écrasé ni coagulé*.**
  - **Prélèvement suffisamment profond cad *atteindre le muscle***

VI- Stadification pTNM

- **Une tumeur infiltrant le chorion profond alors que le plan musculaire n'est pas visible sera étiquetée pT1 au moins.**

- **Utilisation de la rubrique « pTa avec membrane basale douteuse » quand on suspecte une micro-invasion sans pouvoir l'affirmer**

- **Une tumeur sera classée pTx si le prélèvement ne comporte que des végétations tumorales sans musculeuse ni chorion.**

1° Identifier le caractère infiltrant d'une tumeur

- ***Infiltration du chorion*** **se reconnait à:**

- **la présence d'amas cellulaires de contours irréguliers, non cernés par une Mb basale, visible dans le chorion à la base des papilles.**

- **La présence d'éléments cellulaires isolés dans l'axe des papilles ou dans le chorion**

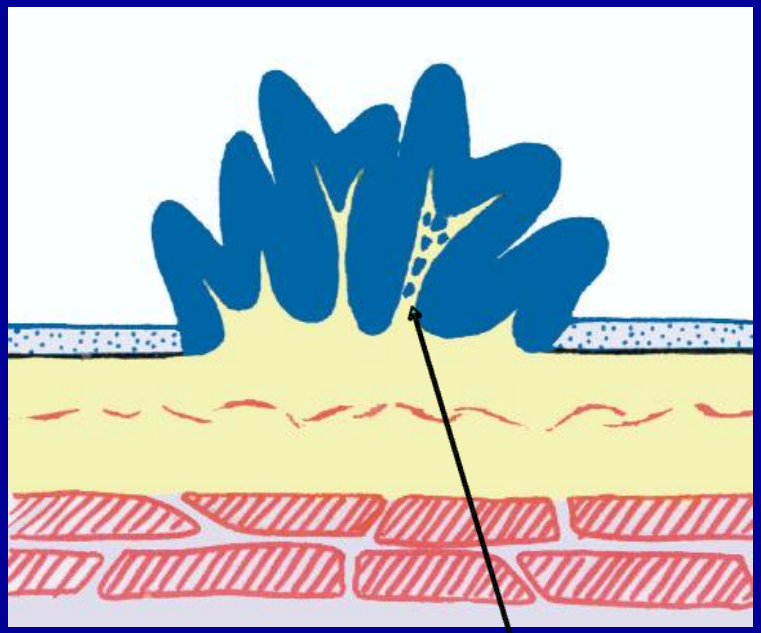
➢ *évaluation de l'infiltration dans le chorion*

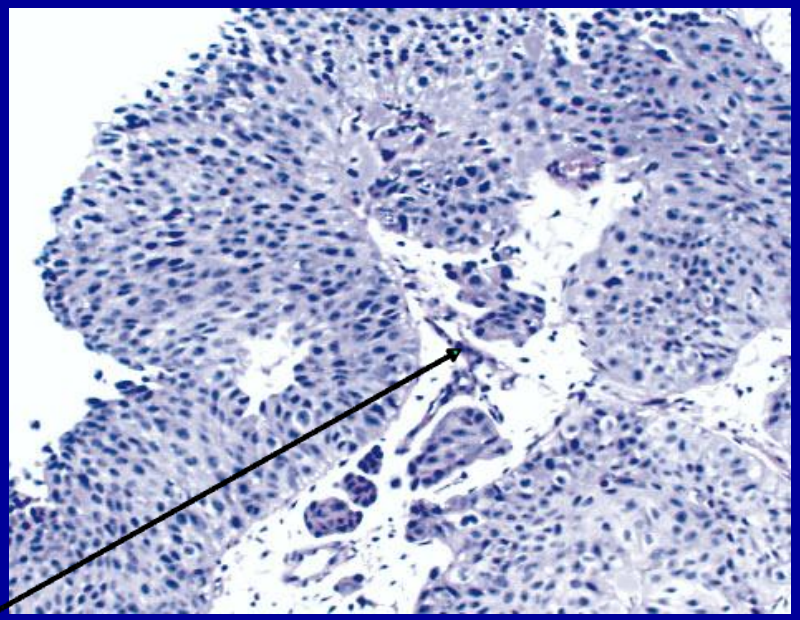
- **Pour améliorer la stadification des tumeurs pT1 il est apparu intéressant de préciser le niveau d'envahissement du chorion:**

✓ **pT1a (infiltration du chorion superficiel)**

✓ **pT1b (franchissement de la musculaire muqueuse et infiltration du chorion profond)**

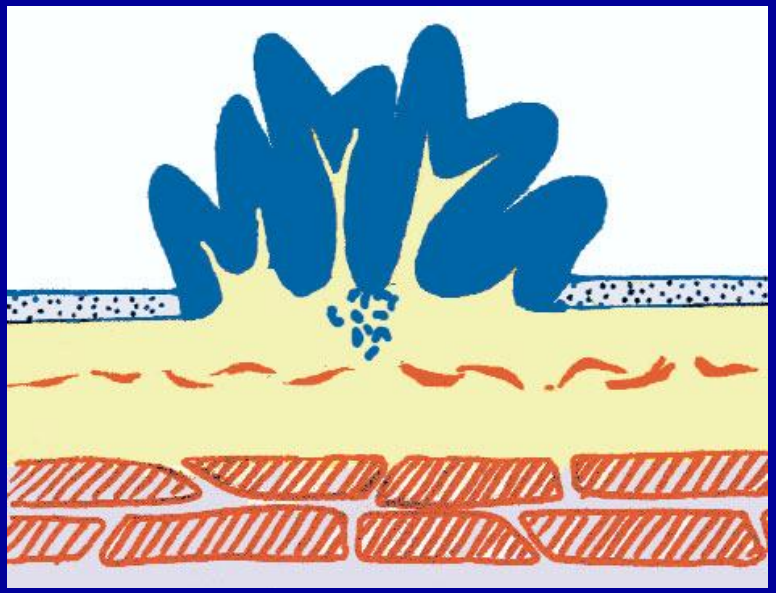
➢ *évaluation de l'infiltration dans le chorion*

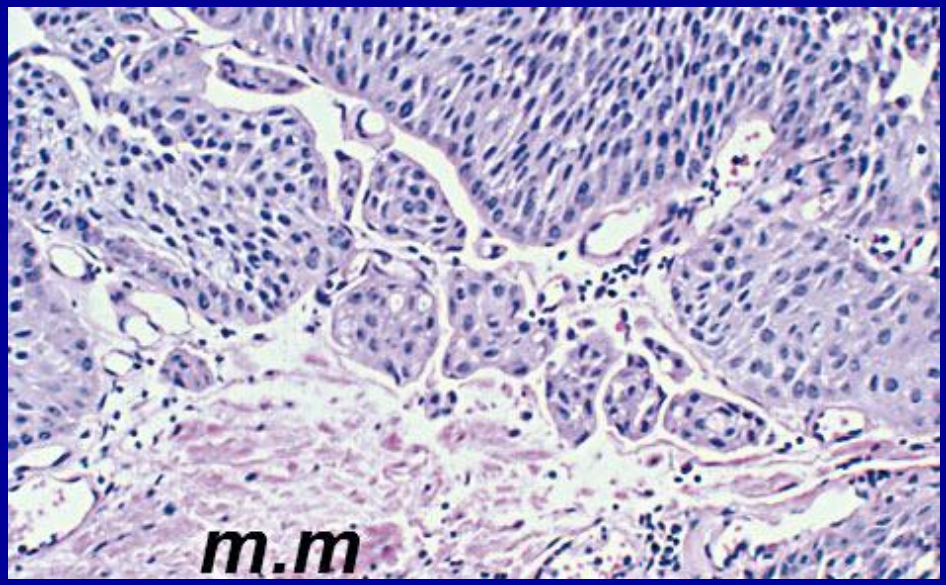




Carcinome papillaire infiltrant les axes conjonctivo-vasculaires des végétations : stade pT1a

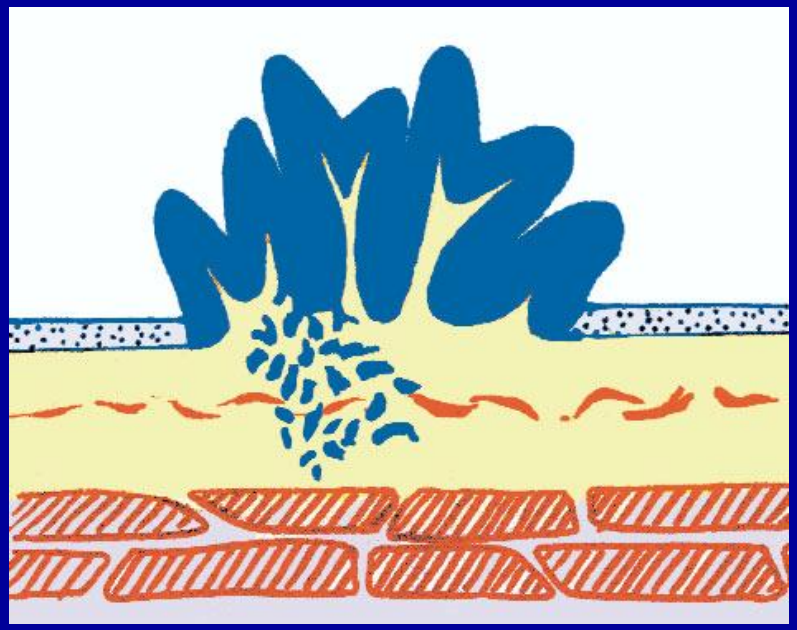
➢ *évaluation de l'infiltration dans le chorion*

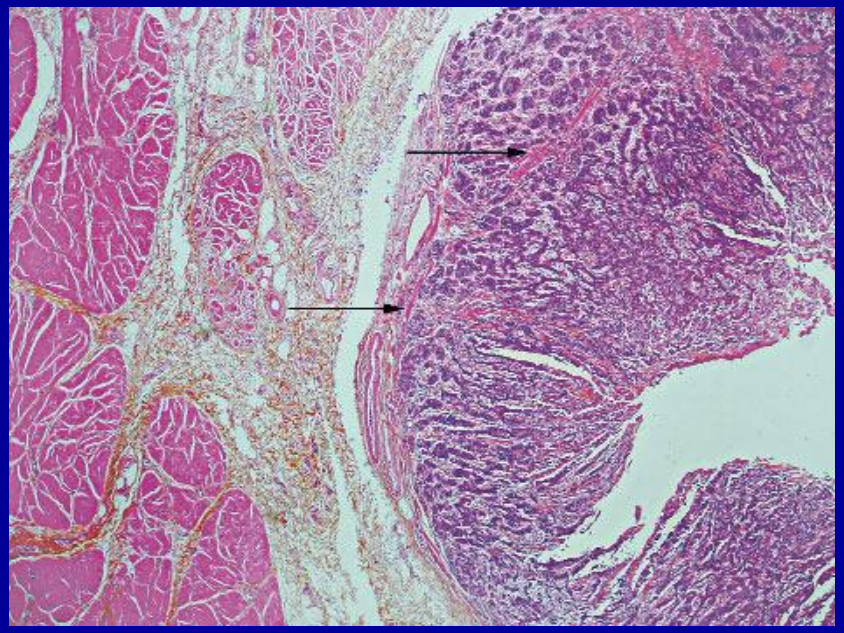




Carcinome papillaire infiltrant le chorion superficiel (pT1a) sans atteindre la musculaire muqueuse.

➢ *évaluation de l'infiltration dans le chorion*



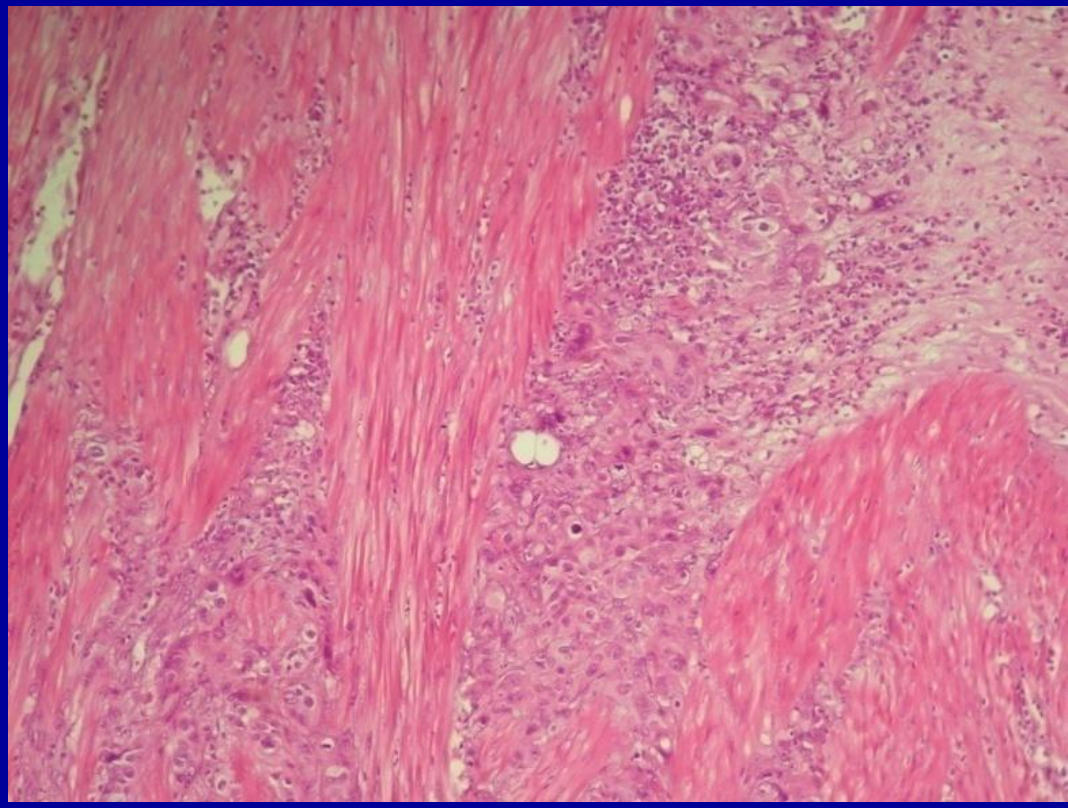


- ***Carcinome papillaire infiltrant le chorion profond (stade pT1b)***

➢ *Infiltration de la musculeuse*

- **L' Infiltration de la musculeuse se reconnait le plus souvent aisément par la présence de massifs carcinomateux au sein du détrusor**

- **Les tumeurs invasives sont généralement de HG et sont souvent associées à des lésions de CIS**



➢ Les pièges dans l'évaluation du stade

- ✓ *Tumeurs d'aspect endophytique* **(pTa vs pT1): certaines tumeurs exo et endophytiques créent un aspect de pseudo-infiltration (faux pT1)**

- ✓ *Ne pas confondre la musculaire muqueuse et le détrusor* **(pT1 vs pT2):**
  - **dans la région du col et du trigone les fx du détrusor sont plus superficièls**
  - **Autour des orifices urétéraux la musculeuse muqueuse est plus épaisse**

➢ Les pièges dans l'évaluation du stade

- ✓ ***Les faux emboles vasculaires*:**

  L'altération du prélèvement par la chaleur du résecteur ou un défaut de fixation peuvent être responsables de rétractions cellulaires simulant des amas de cellules tumorales dans des fentes lymphatiques.

- ✓ ***Les remaniements inflammatoires*:**

  Ils sont parfois responsables d'une modification de l'assise épithéliale basale qui paraît irrégulière avec une membrane basale d'aspect grignoté ou rompu.

➢ *Les pièges dans l'évaluation du stade pTNM*

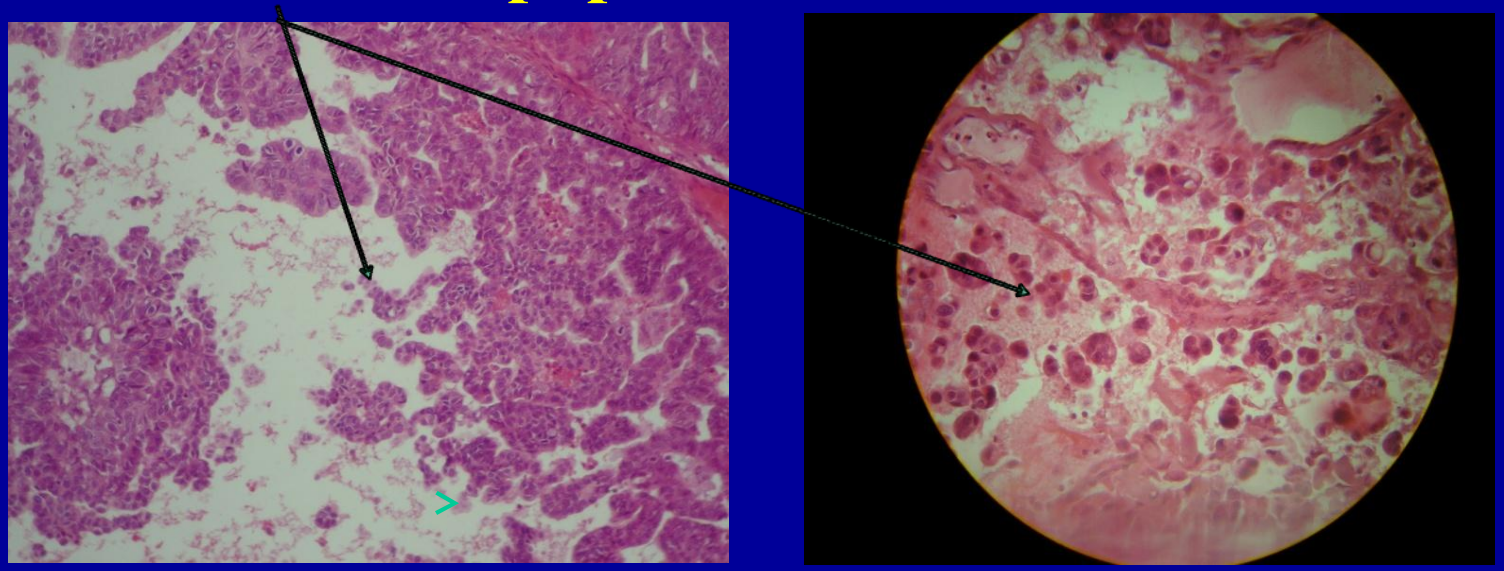
- ✓ ***La présence de tissu adipeux dans le matériel de résection endoscopique:***

  Elle n'est pas un bon indicateur de la profondeur du prélèvement

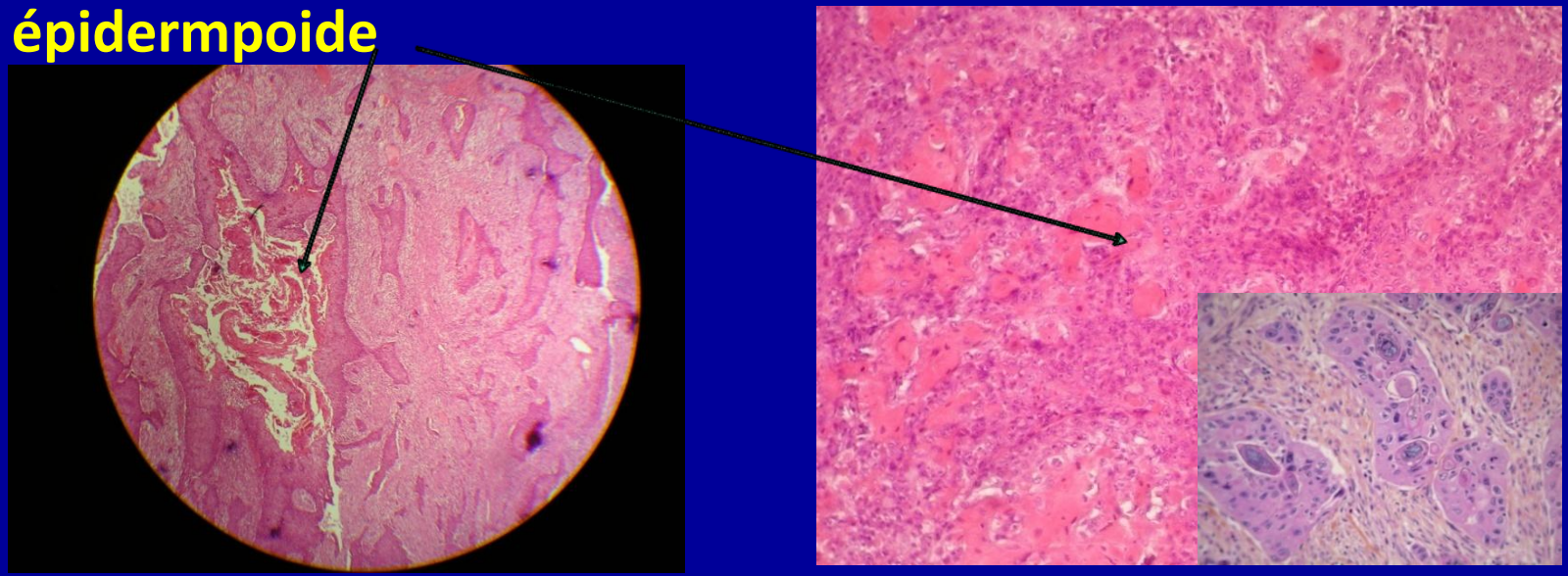
VII- Facteurs Histo-Pronostiques des Tumeurs Urothéliales

- **stade**
- **grade**
- **index mitotique**
- **emboles vasculaires (surtout à distance d'une TM faiblement invasive)**
- **CIS associé**
- **Certaines variantes histologiques dont le mauvais PC est reconnu: micropapillaire, sarcomatoide, à cellules indépendantes, inflexions épidermoides……**

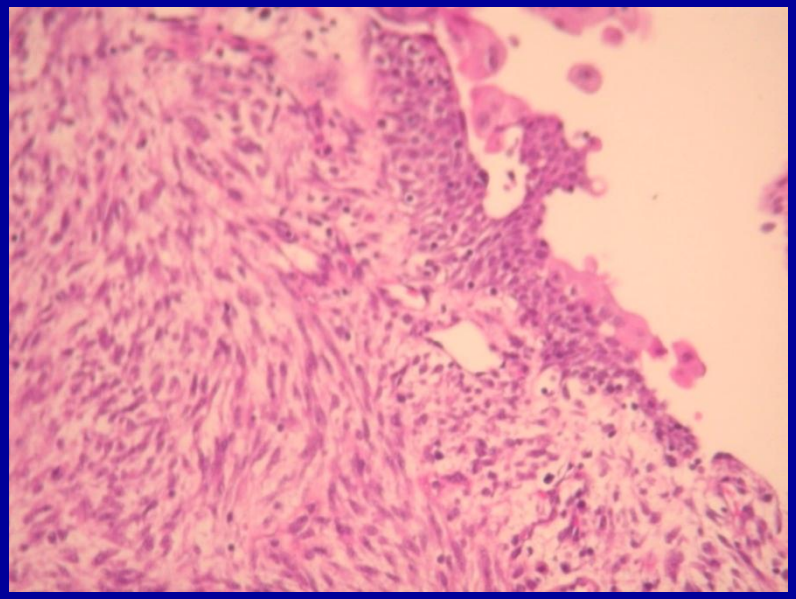
Variante micropapillaire

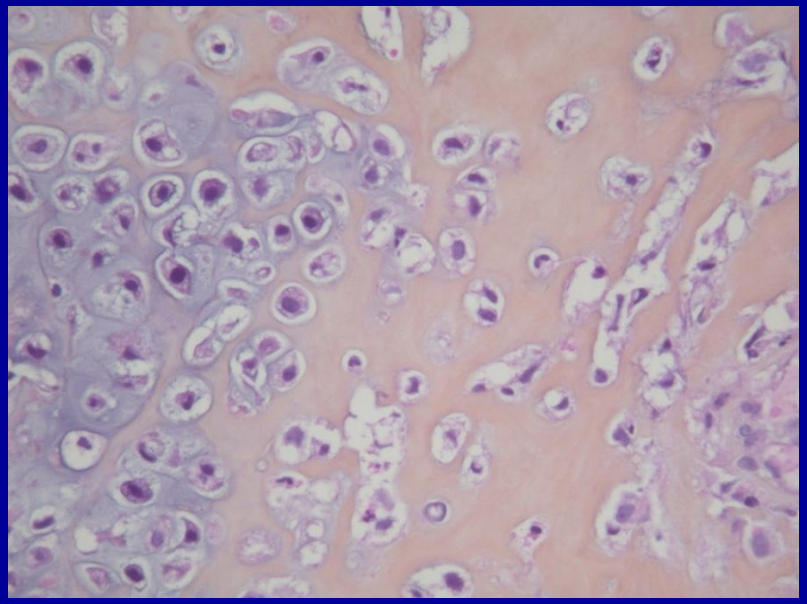


Carcinome urothélial avec inflexionx épidermpoide

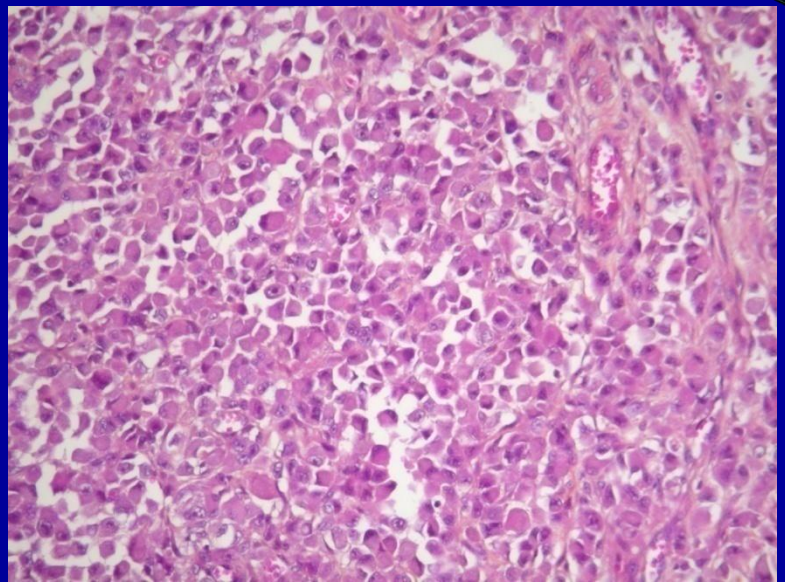


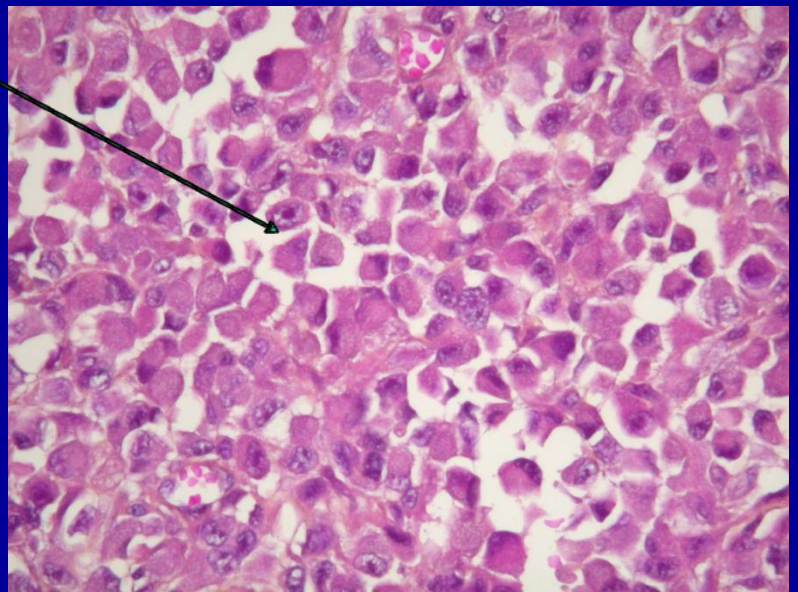
Carcinome sarcomatoïde





Carcinome à cellules indépendantes plasmocytoide





VIII- CONCLUSION

- **Le grade et le stade tumoral restent les deux critères fondamentaux dans la prise en charge ultérieure des tumeurs urothéliales de vessie.**
- **On soulignera:**

☞**L'importance d'une seconde lecture qui est toujours souhaitable surtout quand le diagnostic anapath implique un geste thérapeutique agressif pour le patient tel qu'une cystectomie**

☞**le rôle important que constituent les groupes de travaux et les clubs sous d'autres cieux, en matière de confrontation des idées et des modes d'analyse morphologiques.**

VIII- CONCLUSION

- **L'importance pour le pathologiste de disposer de renseignements cliniques pour une meilleure interprétation du prélèvement (l'établissement de fiche technique standardisée).**

- **L'importance de la qualité de la résection: matériel non altéré et atteignant le plan musculaire.**

- **L'importance des confrontations anatomo-cliniques.**

galleryplayer™